Fuldmagt/samtykkeerklæring

**JEG**

Navn:

CPR-nummer:

Telefonnummer:

E-mail:

**GIVER HERMED**

Navn:

Telefonnummer:

E-mail:

**fuldmagt (lov og ret til at handle på mine vegne) vedrørende min klage/sag/henvendelse til Præhospital Syd.**

**Dette indebærer, at Præhospital Syd kan indhente og/eller videregive nødvendige og relevante oplysninger om mit behandlingsforløb, herunder journalmateriale, til brug for behandling af sagen/henvendelsen.**

|  |
| --- |
| Fuldmagtsgivers underskrift (patienten) |
| Dato:Underskrift: |
| Fuldmagtshavers underskrift |
| Dato: | Underskrift: |

Fuldmagten bortfalder, når sagen er afsluttet.
Fuldmagtsgiver kan desuden til enhver tid tilbagekalde fuldmagten.